

## ARTÍCULO DE ACTUALIZACIÓN

# Avances en el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad y la depresión

Francisco Schnaas

Coordinador de la Clínica de Ansiedad y Depresión del Centro Neurológico del Centro Médico ABC.  
Ex Presidente de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría.

## RESUMEN

Los enfoques diagnósticos, etiológicos y terapéuticos respecto a la ansiedad y la depresión, han cambiado de manera significativa en los últimos 75 años. El artículo aborda los avances recientes en estos temas.

**Palabras clave:** Ansiedad, depresión, etiología, diagnóstico, tratamientos.

## ABSTRACT

*The diagnostic, etiologic and therapeutic perspectives in reference to anxiety and depression, have changed significantly during the last 75 years. The article reviews the recent advances in these topics.*

**Key words:** Anxiety, depression, etiology, diagnosis, treatments.

## INTRODUCCIÓN

En el año en que se fundó la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, A.C., en 1937, el pensamiento psiquiátrico tenía dos vertientes claramente definidas.<sup>1</sup> Por un lado, se encontraba la vertiente fenomenológica, que tenía sus orígenes en los estudios clínicos de Emilio Kraepelin y, por el otro lado, estaba la corriente psicoanalítica iniciada por Sigmund Freud. Ambas escuelas intentaban hacer una clasificación de las enfermedades mentales; la fenomenológica no recurría a los principios de la causalidad, mientras que la psicoanalítica basaba los orígenes de la enfermedad mental en el trauma psicológico. En 1952<sup>2</sup> apareció la primera clasificación diagnóstica hecha por la Asociación Psiquiátrica Americana, el DSM-I, la cual emplea el término de reacción (reacción esquizofrénica) en concordancia con el pensamiento psicobiológico de Adolf Meyer. En 1968 apareció el DSM-II, el cual intenta ser imparcial respecto a la etiología de las enfermedades mentales, pero aún utiliza el término de neurosis, el cual tiene un origen psicoanalítico.

No es sino hasta 1979 que aparece el DSM-III, el cual tiene un enfoque multiaxial y se reconocen los orígenes biológicos, psicológicos y sociales de las

enfermedades mentales, al igual que las comorbilidades y la simultaneidad de diferentes diagnósticos en una misma persona. De igual manera, se proponen diferentes modalidades terapéuticas para las nuevas categorías diagnósticas. Es con este nuevo enfoque, que a su vez es compatible con el ICD-9, que la psiquiatría mundial comienza a tener grandes avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales.

Otras dos áreas que han favorecido enormemente el progreso en psiquiatría son la psicofarmacología, que se inicia en los años cincuenta, y la imagenología, que logra alcances muy novedosos en los años noventa. Digamos que, en los últimos 75 años, la psiquiatría ha tenido avances que la colocan al nivel de cualquier otra especialidad médica, que no era el caso cuando se fundó la Sociedad.

## ANGUSTIA Y DEPRESIÓN

La depresión y la angustia son enfermedades determinadas por factores genéticos y biológicos, del desarrollo y psicológicos, así como sociales y culturales. Por la misma razón, para su diagnóstico y evaluación, los tres factores deben ser tomados en consideración, al igual que para diseñar las moda-

lidades terapéuticas a emplear. Cuando la evaluación sólo toma en cuenta uno de los factores, ésta resulta parcial e incompleta. Esto redonda en que el paciente reciba un tratamiento por debajo de sus necesidades. No hay que olvidar que la depresión es una enfermedad mortal, por el suicidio. El no valorar y tratar al paciente en forma adecuada, lo expone al riesgo de la cronicidad por recaídas y a la muerte por suicidio.

## FACTORES DE RIESGO

- Genes.
- Embarazo.
- Perinatales.
- Primera infancia.
- Abuso de alcohol y drogas.

**Factores de riesgo I.** Genes: Se ha visto que la variante s/s del alelo del gen transportador de la serotonina se asocia a un mayor riesgo de padecer depresión en algún momento de la vida.

De igual forma la depresión materna por pérdidas desde un año antes del parto, expone al infante recién nacido a tener depresión a lo largo de su vida.

El uso de sustancias durante el embarazo (tabaco, alcohol, marihuana y otros) también se asocia a una mayor incidencia de depresión en el producto.

**Factores de riesgo II.** Factores perinatales: hipoxia, bajo peso al nacer, parto traumático.

Daños al sistema nervioso central (SNC) en los primeros meses de vida (intoxicación por plomo, falla para crecer, infecciones y otros).

**Factores de riesgo III.** Estrés temprano severo, en especial el trauma infantil en forma de maltrato, negligencia, abuso físico, sexual y psicológico; divorcio de los padres y encarcelamiento de un progenitor.

**Factores de riesgo IV.** Enfermedad mental en un progenitor, enfermedad médica prolongada, historia de alcoholismo o drogadicción en los padres, separaciones de los padres por períodos prolongados. Todos estos factores producen hipersecreción crónica de cortisol, ocasionando daño estructural y funcional durante el neurodesarrollo.

## FACTORES PRECIPITANTES

En una encuesta de 17,000 personas, que presentaban algunos de los factores antes mencionados en una escala de 0–10, se encontró lo siguiente:

- |  |
|--|
| 0 - 3% con problemas escolares                                   |
| 4 - Siete veces mayor riesgo de alcoholismo                      |
| Seis veces mayor probabilidad de tener sexo antes de los 15 años |
| Dos veces mayor riesgo de desarrollar cáncer                     |
| Cuatro veces mayor riesgo de tener enfisema pulmonar             |
| 4 o más - 51% con problemas escolares                            |
| 6 o más - 30 veces mayor riesgo de tener intentos de suicidio    |

Los cambios neurales producidos en la infancia ocasionan problemas de autocontrol, es decir, impulsividad, focalización de la atención y poder posponer la gratificación. Esto va asociado a problemas escolares y laborales; habilidades sociales, resiliencia, alcoholismo y drogadicción. Los sistemas de salud están correlacionando obesidad y conductas autodestructivas con quiebra social y estrés.

## ANTECEDENTES EN EL MUNDO

Se estima que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. La OMS calcula que los padecimientos psiquiátricos y neurológicos contribuyen con el 20% del costo total de las enfermedades médicas. Los trastornos neuropsiquiátricos medidos por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) representan el 28% de la carga total de las enfermedades.<sup>3</sup> En el 2020, la depresión ocupará el segundo lugar como causa de discapacidad total en el mundo. Después de las enfermedades del corazón, es el segundo contribuyente más caro de los sistemas de salud. Representa uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia, afectando a alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo. Prácticamente afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres. Esta diferencia es constante en todo el mundo. Una de cada seis personas que sufre depresión mayor y no es tratada, muere por suicidio.

## ANTECEDENTES EN MÉXICO

En México, uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en algún momento dado de su vida. Los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerarse como indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Los trastornos individuales más comunes son la depresión mayor, la dependencia

al alcohol y la fobia específica y social, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México.<sup>4</sup> Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes y los más crónicos. No obstante, la discapacidad por depresión mayor es seis veces más grande. Entre los hombres la dependencia al alcohol es el problema más común; en tanto que entre las mujeres, es la depresión mayor.

De los 340 millones de personas con depresión en el mundo, sólo el 25% recibe tratamiento. A nivel mundial el trastorno bipolar afecta al 1% de la población. En México entre el 9 y 13% de la población adulta sufre alguna enfermedad depresiva grave. Las enfermedades depresivas son subdiagnosticadas y subtratadas en prácticamente todos los sectores del mundo. Éstas son el segundo contribuyente más caro a nuestros sistemas de salud,<sup>5</sup> después de las enfermedades del corazón.

## FISIOPATOLOGÍA

Primeras teorías: fallas en la neurotransmisión de serotonina y noradrenalina.

Teorías recientes: se agregan dopamina y glutamato, con fallas en dos circuitos: el de depresión y el de recompensa.

Círculo de la depresión: Sobreactividad del área 25 de Brodmann que afecta sus conexiones con el hipotálamo, el tallo cerebral (apetito, sueño y energía), la amígdala e ínsula (ansiedad y estado de ánimo), el hipocampo (memoria y atención), la corteza prefrontal (*insight* y autoestima) y la amígdala (temor), lo que produce una visión negativa de sí mismo, los otros y el mundo.

Círculo de recompensa: reducción de la respuesta del núcleo accumbens a la recompensa, reducción de su volumen y disminución de la actividad en reposo del cíngulo rostral anterior.

## DEPRESIÓN RESISTENTE

El 40% de los pacientes que reciben algún tipo de tratamiento para la depresión (psicofármacos, terapia cognitivo-conductual, terapia electroconvulsiva [TEC], estimulación magnética transcraneal) responden al tratamiento, y un 10% se convierten en resistentes al tratamiento. En estos casos el cíngulo subcalloso se encuentra sobreactivado sin capacidad de regulación.

## VALORACIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Se realizan los siguientes estudios: historia clínica general, entrevista estructurada para eje I y eje II, clave psicodinámica, diagnóstico según los ejes DSM-IV-V,

pruebas psicológicas, pruebas de laboratorio y gabinete, imagenología estructural y funcional.

Estudios de laboratorio: biometría hemática, electrolitos séricos, perfil toxicológico, pruebas de función tiroidea, perfil hormonal y pruebas de funcionamiento hepático.

Estudios de gabinete: electrocardiograma, polisomnografía, resonancia magnética y PET.

## SUICIDIO A NIVEL MUNDIAL

Diariamente se suicidan alrededor de 2,000 personas en el mundo; una persona comete suicidio cada 40 segundos. En China, ésta es la causa principal de muerte (19% de todas las muertes), 287,000 anualmente. En la India más de 154,000 cometieron suicidio en el 2002. En el sur de la India el índice de suicidio es 10 veces más alto que el promedio mundial. El índice más alto se encuentra en las mujeres jóvenes. En Estados Unidos la tasa de mortalidad por suicidio aumentó considerablemente de 2000 a 2009. Ésta es la primera causa de muerte por lesiones entre los jóvenes, seguido por accidentes automovilísticos, envenenamiento, caídas y homicidio. Por cada 100,000 habitantes se suicidan 12 personas. En China, Canadá, la Unión Europea, Nueva Zelanda y Australia es la causa principal de muerte en jóvenes. Hungría tiene la tasa de suicidios más alta del mundo. De los intentos de suicidio, el 25% lo intentará nuevamente dentro del siguiente año. El 10% lo logrará en los próximos 10 años. Por cada persona que comete suicidio existen 18 que lo han intentado. Las mujeres lo intentan más. Los hombres lo llevan más a cabo. Los hombres blancos de más de 65 años de edad tienen la tasa de suicidio más alta en Estados Unidos.

## SUICIDIO EN MÉXICO

De 1980 al 2002, los suicidios aumentaron un 459%. México muestra la mayor tasa de incremento suicida en el mundo de 1981 a 1983 y de 1993 a 1995.<sup>6</sup> El 90% de las personas que se suicidan tienen una enfermedad mental diagnosticable (depresión, abuso de alcohol, desórdenes bipolares y esquizofrenia) y una alta incidencia de adicciones (20 a 25%). La comorbilidad de ansiedad y depresión multiplica el riesgo suicida. En México se suicidan cinco personas por cada 100,000 habitantes. A lo largo de la vida el 8.1% de los encuestados tuvo ideación suicida, 3.2% un plan suicida y 2.7% hizo un intento suicida. La tasa más alta de suicidio en México es en hombres jóvenes

entre 15 y 30 años. Los factores predictivos más fuertes son: el abuso de sustancias y los trastornos de control de los impulsos, y no los trastornos afectivos, como en países desarrollados. En la consulta general, el 6% de los pacientes presentan depresión.

### PADECIMIENTOS MÉDICOS ASOCIADOS A DEPRESIÓN

1) Enfermedad coronaria 33%, 2) diabetes mellitus 20%, 3) accidente vascular cerebral y enfermedades neurológicas 20%, 4) cáncer 25-50%, 5) sida y VIH 22-45%, 6) ciclo reproductivo en la mujer 5%, 7) dolor crónico 60%, y 8) en niños y adolescentes, los trastornos por déficit de atención, trastornos de conducta y trastornos de la alimentación.

### PADECIMIENTOS MENTALES ASOCIADOS A DEPRESIÓN

1) Trastorno bipolar 10%, 2) trastornos de personalidad 30%, 3) adicciones 40%, 4) trastornos de la alimentación como obesidad, anorexia y bulimia 30%, 5) trastornos demenciales 25%, 6) esquizofrenia 20% y 7) trastornos de la atención 30%.

### MODALIDADES TERAPÉUTICAS

- *Psicofármacos:* antidepresivos, reguladores afectivos, antipsicóticos, ansiolíticos.

- *Estimulación cerebral:* terapia electroconvulsiva (TEC), estimulación del nervio vago (ENV), estimulación magnética transcraneal (EMT) y estimulación cerebral profunda (ECP).
- *Psicoterapias:* terapia cognitivo-conductual, terapia de apoyo no directiva, terapia de activación conductual, tratamiento psicodinámico, psicoterapia interpersonal y desarrollo de habilidades sociales.
- *Psicocirugía.*

### BIBLIOGRAFÍA

1. Muncie W. Psychobiology and psychiatry. Oxford, England: Mosby and Company; 1939. p. 138-140.
2. Valdes Miyar M, Lopez Ibor AJ. DSM-IV-TR. Criterios diagnósticos. Barcelona: Ed. Masson; 2002.
3. Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud. La carga global de las enfermedades. Publicación de la OMS; 1996.
4. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental. 2003; 26 (4): 1-16.
5. Caraveo-Anduaga J, Colmenares E, Saldívar G. Morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. Salud Mental. 1999; 22: 62-67.
6. Jiménez JA, Bojorquez I, Blas C, Landa V, Caraveo-Anduaga J. Panorama del trabajo de investigación en epidemiología psiquiátrica en México: últimos 30 años. Salud Mental. 2005; 28 (3): 69-78.

Correspondencia:

**Dr. Francisco Schnaas**

Tels: 5277-9982 y  
5272-3816.

E-mail: fschnaas@abchospital.com